



MAA Medical Assistance
Administration
MEDICAL COVERAGE
INFORMATION / TIN TỨC VỀ
VIỆC ĐÀI THỌ Y KHOA

VĂN PHÒNG DỊCH VỤ CỘNG ĐỒNG (CSO/HCS)	ĐIỆN THOẠI CỦA CSO/HCS	HỢP TÁC <input type="checkbox"/> 1. DCS giới thiệu: CÓ KHÔNG a. Đã yêu cầu? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b. Đã làm? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Đã thiết lập DCS/TPL/ Lý Do Chính Đáng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TÊN THÂN CHỦ	ĐIỆN THOẠI CỦA THÂN CHỦ	
CLID (SỐ ID CỦA THÂN CHỦ)	NGÀY	

HƯỚNG DẪN: TIN TỨC QUAN TRỌNG: Mục đích của mẫu đơn này là để biết xem quý vị có Bảo Hiểm Riêng và/hoặc có hưởng Medicare hay không. Quý vị có thể có bảo hiểm riêng và/hoặc có hưởng Medicare và cũng vẫn được Medicaid đài thọ. Nếu quý vị được Medicaid đài thọ và đang trả tiền bảo hiểm y tế riêng, thì chúng tôi có thể giúp quý vị về tiền bảo phí. Khi quý vị hoàn tất mẫu đơn này, xin vui lòng gửi lại Văn Phòng Dịch Vụ Cộng Đồng (CSO/HCS) ở địa phương của quý vị. Quý vị cũng được dùng thêm giấy nếu cần điền thêm. Để biết thêm chi tiết về chương trình trả tiền bảo phí hoặc để được giúp đỡ hoàn tất mẫu đơn này, hãy gọi 1-800-562-6136.

A. Quý vị có Medicare không? Có Không

NẾU CÓ, TÊN CỦA NGƯỜI HƯỞNG MEDICARE _____ SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN MEDICARE _____

TÊN CỦA NGƯỜI HƯỞNG MEDICARE _____ SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN MEDICARE _____

B. Quý vị có bảo hiểm đài thọ y tế hoặc nha khoa không? Có Không

Trong 12 tháng qua quý vị có bảo hiểm đài thọ y tế hoặc nha khoa không? Có Không

Điều này bao gồm bất cứ bảo hiểm nào mà quý vị hay người nào khác đang trả, chẳng hạn như bảo hiểm riêng, bảo hiểm ở trường, trợ cấp Medicare, bảo hiểm ở sở làm, v.v. Nếu có, hãy điền phần sau đây:

SỐ BẢO HIỂM Y TẾ HOẶC NHA KHOA 1			SỐ BẢO HIỂM Y TẾ HOẶC NHA KHOA 2		
TÊN HÃNG BẢO HIỂM			TÊN HÃNG BẢO HIỂM		
ĐỊA CHỈ HÃNG BẢO HIỂM			ĐỊA CHỈ HÃNG BẢO HIỂM		
SỐ ĐIỆN THOẠI HÃNG BẢO HIỂM			SỐ ĐIỆN THOẠI HÃNG BẢO HIỂM		
TÊN NGƯỜI MUA BẢO HIỂM	SỐ SSN CỦA NGƯỜI MUA BẢO HIỂM		TÊN NGƯỜI MUA BẢO HIỂM	SỐ SSN CỦA NGƯỜI MUA BẢO HIỂM	
SỐ BẢO HIỂM	SỐ NHÓM		SỐ BẢO HIỂM	SỐ NHÓM	
TÊN SỞ LÀM/SỐ NHÓM			TÊN SỞ LÀM/SỐ NHÓM		
TÊN CỦA LIÊN ĐOÀN VÀ SỐ ĐỊA PHƯƠNG			TÊN CỦA LIÊN ĐOÀN VÀ SỐ ĐỊA PHƯƠNG		
NGÀY SINH CỦA NGƯỜI MUA BẢO HIỂM	NGÀY BẢO HIỂM BẮT ĐẦU	NGÀY BẢO HIỂM CHẤM DỨT	NGÀY SINH CỦA NGƯỜI MUA BẢO HIỂM	NGÀY BẢO HIỂM BẮT ĐẦU	NGÀY BẢO HIỂM CHẤM DỨT
Liệt kê người đang được bảo hiểm này đài thọ:			Liệt kê người đang được bảo hiểm này đài thọ:		
TÊN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH	TÊN	SỐ AN SINH XÃ HỘI	NGÀY SINH

Đánh dấu vào các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị đài thọ: <input type="checkbox"/> Chăm sóc bệnh nhân nội trú <input type="checkbox"/> Chăm sóc ở nhà điều dưỡng <input type="checkbox"/> Chăm sóc bệnh nhân ngoại trú <input type="checkbox"/> Chăm sóc nha khoa <input type="checkbox"/> Tiếp liệu/thuốc men theo toa bác sĩ <input type="checkbox"/> Các dịch vụ bác sĩ <input type="checkbox"/> Mắt kính/chăm sóc thị giác <input type="checkbox"/> Khác (xe cứu thương, trị liệu, chỉnh hình, v.v.)	Đánh dấu vào các dịch vụ được bảo hiểm của quý vị đài thọ: <input type="checkbox"/> Chăm sóc bệnh nhân nội trú <input type="checkbox"/> Chăm sóc ở nhà điều dưỡng <input type="checkbox"/> Chăm sóc bệnh nhân ngoại trú <input type="checkbox"/> Chăm sóc nha khoa <input type="checkbox"/> Tiếp liệu/thuốc men theo toa bác sĩ <input type="checkbox"/> Các dịch vụ bác sĩ <input type="checkbox"/> Mắt kính/chăm sóc thị giác <input type="checkbox"/> Khác (xe cứu thương, trị liệu, chỉnh hình, v.v.)
--	--

C. Quý vị có được Đài thọ Chăm Sóc Dài Hạn không? Có Không

Được Đài Thọ Ở Nhà Điều Dưỡng? Có Không Được Đài Thọ Trợ Giúp Sinh Sống? Có Không

Được Đài Thọ Chăm Sóc Tại Gia? Có Không

TÊN HÃNG BẢO HIỂM	ĐỊA CHỈ HÃNG BẢO HIỂM
SỐ ĐIỆN THOẠI	SỐ NHÓM
SỐ BẢO HIỂM	NGÀY BẢO HIỂM BẮT ĐẦU
	NGÀY BẢO HIỂM CHẤM DỨT

TIN TỨC VỀ VIỆC ĐÀI THỌ Y KHOA Trang 2		CSO/HCS		CLID
D. Có trẻ em nào hoặc một trẻ sắp sinh ra trong gia đình quý vị thuộc trách nhiệm của một phụ huynh không được nuôi giữ con không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy điền tin tức sau đây cho từng phụ huynh nào không được nuôi giữ con.				
TÊN VÀ ĐỊA CHỈ VỚI SỐ ĐIỆN THOẠI		NGÀY SINH	SỐ AN SINH XÃ HỘI	LỆNH TÒA CHO ĐÀI THỌ Y KHOA
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
				<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
E. Quý vị có được hưởng Quyền Lợi Quân Đội không? TRICARE <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không CHAMPVA <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Quyền Lợi Cựu Chiến Binh <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không				
NẾU CÓ, TÊN NGƯỜI TÀI TRỢ		SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA NGƯỜI TÀI TRỢ	SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN CỦA CỰU CHIẾN BINH	
F. Quý vị hoặc người mà quý vị đang nộp đơn xin có từng bị một tai nạn và cần được chăm sóc y khoa không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy trả lời phần sau đây:				
1. NGÀY BỊ TAI NẠN	2. ĐÁNH DẤU CHỈ NƠI TAI NẠN XẢY RA <input type="checkbox"/> Tiệm/nơi kinh doanh <input type="checkbox"/> Nhà/tài sản của (những) người khác <input type="checkbox"/> Khác: <input type="checkbox"/> Nơi làm việc <input type="checkbox"/> Xe cộ <input type="checkbox"/> Trường học <input type="checkbox"/> Nhà của			
a. Địa chỉ nơi xảy ra tai nạn (đường, thành phố, và tiểu bang): _____ b. Đánh dấu nếu bệnh nhân là <input type="checkbox"/> người lái; <input type="checkbox"/> hành khách; <input type="checkbox"/> khách bộ hành; <input type="checkbox"/> khách; <input type="checkbox"/> khách hàng; <input type="checkbox"/> nhân viên; <input type="checkbox"/> người cư ngụ. c. Có liên quan đến những xe khác không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy liệt kê tên và địa chỉ của những người lái xe khác:				
3. Các tên của (những) người bị thương tích trong kỳ tai nạn này			4. Tai nạn đã xảy ra như thế nào?	
TÊN		DẠNG CHẤN THƯƠNG		
5. Có liên quan đến một công ty bảo hiểm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy ghi tên của người được bảo hiểm: _____ Tên và địa chỉ của công ty: _____				
SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN	SỐ BẢO HIỂM	NGƯỜI GIẢI QUYẾT ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN	SỐ ĐIỆN THOẠI	
6. Quý vị đã có nộp một đơn đòi bồi hoàn khác cho kỳ tai nạn này không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy ghi (các) số của đơn đòi bồi hoàn:				
SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN BỘ LAO ĐỘNG VÀ KỸ NGHỆ	SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN TỰ BẢO HIỂM	SỐ ĐƠN ĐÒI BỒI HOÀN CỦA NẠN NHÂN HÌNH SỰ	KHÁC	
7. Có liên quan đến một luật sư không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy ghi tên, địa chỉ, và số điện thoại của người này:				
Đơn Đòi Bồi Hoàn Đang Được Giải Quyết? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Đơn Đòi Bồi Hoàn Đã Được Giải Quyết? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không Nếu có, hãy ghi ngày giải quyết:		
8. Các quyền lợi nào về tài chánh/y khoa mà quý vị đã nhận được hay mong nhận được qua thương tích của quý vị? Hãy giải thích:				
Tôi cho phép việc tiết lộ bất cứ thông tin cần thiết nào về việc trả tiền bảo phí hoặc việc đài thọ của bất cứ bảo hiểm nào mà tôi là người được hưởng hay người được đài thọ, cho Bộ Xã Hội và Y Tế với mục đích phối hợp các quyền lợi y tế/nha khoa. (WAC. 388-505-0540)				
CHỮ KÝ			NGÀY	

Cách sử dụng thẻ bảo hiểm sức khỏe riêng và phiếu y tế (coupon) để được chăm sóc sức khỏe.

H: Nếu tôi có bảo hiểm riêng thì Medicaid vẫn sẽ giúp đỡ tôi không?

Đ: Có. Việc có Medicaid đi đôi với bảo hiểm riêng của quý vị là rất ích lợi. Miễn là quý vị còn đủ điều kiện hưởng Medicaid, thì chúng tôi có thể trả phần tiền copay, tiền khấu trừ và các dịch vụ mà bảo hiểm của quý vị không đài thọ.

H: Nếu tôi có bảo hiểm riêng và Medicaid thì tôi phải nói gì cho các bác sĩ của tôi và những nơi cung cấp y khoa khác?

Đ: Điều quan trọng là quý vị đi đến những nơi sẽ nhận cả bảo hiểm riêng của quý vị và Medicaid (phiếu y tế/coupon). Khi quý vị đi đến bác sĩ của mình và (những) nơi cung cấp y khoa khác, hãy trình **cả hai** thẻ bảo hiểm riêng và phiếu y tế của quý vị. Hỏi xem họ sẽ nhận bảo hiểm riêng của quý vị hay không và hỏi họ có nhận phiếu y tế của quý vị cho tiền copay, tiền khấu trừ và các dịch vụ mà bảo hiểm của quý vị không đài thọ hay không. Nếu bác sĩ của quý vị không nhận bảo hiểm của quý vị và Medicaid thì quý vị sẽ phải chịu trách nhiệm cho bất cứ chăm sóc y tế nào mà quý vị nhận được.

H: Tôi nên làm gì nếu các bác sĩ của tôi hoặc những nơi khác nói là họ sẽ không nhận bảo hiểm riêng hoặc phiếu y tế của tôi?

Đ: Quý vị nên tìm những bác sĩ nào sẽ nhận Medicaid và bảo hiểm riêng của quý vị. Quý vị có thể cần phải điện thoại đến hãng bảo hiểm của quý vị để tìm bác sĩ trong khu vực của mình.

H: Nếu bảo hiểm riêng của tôi không đài thọ cho một dịch vụ thì sao?

Đ: Bác sĩ của quý vị sẽ gửi hóa đơn cho bảo hiểm riêng của quý vị trước. Nếu dịch vụ này không được bảo hiểm của quý vị đài thọ nhưng được Medicaid đài thọ, thì họ sẽ gửi hóa đơn đến Medicaid để được trả tiền. Để không bị gặp vấn đề gì, luôn luôn hỏi cho chắc là bác sĩ của quý vị sẽ nhận phiếu y tế và họ gửi hóa đơn cho Medicaid.

H: Tôi cần phải làm gì để được Bộ trả tiền bảo phí sức khỏe của tôi?

Đ: Hãy gọi cho chúng tôi. Chúng tôi sẽ cần tin tức về bảo hiểm sức khỏe, số tiền bảo phí, khi nào thì đến hạn trả và quý vị hoặc sở làm của quý vị có trả tiền bảo phí hay không. Một khi có các tin tức này thì chúng tôi sẽ cho quý vị biết là chúng tôi có thể trả tiền bảo phí của quý vị hay không.

H: Tôi cần phải làm gì để Medicaid trả tiền copay và tiền khấu trừ?

Đ: Hãy gọi cho chúng tôi để bảo đảm là chúng tôi có giữ trong hồ sơ các tin tức về bảo hiểm sức khỏe riêng của quý vị. Mã số bảo hiểm với bốn con số có in trên phiếu y tế của quý vị nằm trong cột **Bảo Hiểm**. Số này cho bác sĩ biết nên gửi hóa đơn đến số bảo hiểm nào và quý vị không có trách nhiệm cho phần tiền copay hay tiền khấu trừ khi quý vị được các dịch vụ do Medicaid đài thọ. Nếu có thắc mắc về điều này quý vị hoặc bác sĩ của quý vị có thể gọi cho chúng tôi.

H: Tôi có sẽ bị yêu cầu phải trả phần tiền còn thiếu giữa số tiền Medicaid chi trả và số tiền mà bác sĩ của tôi tính trên hóa đơn không?

Đ: Không. Khi các bác sĩ và những nơi cung cấp khác làm việc với Medicaid, họ đồng ý nhận số tiền nào mà Medicaid trả và không đòi quý vị phải trả số tiền còn thiếu lại. Nếu có khi nào quý vị bị đòi tiền này, hãy gọi cho chúng tôi ngay lập tức. Quý vị không thể bị đòi tiền cho một dịch vụ được Medicaid đài thọ.

H: Nếu bảo hiểm riêng của tôi chấm dứt hay thay đổi thì sao?

Đ: Điều quan trọng là gọi cho chúng tôi biết bất cứ những thay đổi nào về bảo hiểm đài thọ của quý vị. Chúng tôi sẽ cập nhật hồ sơ của quý vị và quý vị sẽ được tiếp tục chăm sóc y khoa qua Medicaid khi quý vị hội đủ điều kiện.

H: Nếu tôi có bảo hiểm chăm sóc dài hạn (LTC), Medicaid sẽ vẫn giúp đỡ tôi không?

Đ: Có. Medicaid có thể giúp trả những chi phí LTC của quý vị khi quý vị đang ở trong nhà của mình, trong một cơ sở trợ giúp sinh sống, nhà tập thể gia đình dành cho người lớn, hoặc một cơ sở điều dưỡng nếu bảo hiểm LTC của quý vị sẽ không trả cho tất cả những chi phí. Nếu bảo hiểm trả tiền cho quý vị trực tiếp thì quý vị phải gửi các ngân phiếu của bảo hiểm đến Bộ Xã Hội và Y Tế (DSHS).

H: **Tại sao tôi nên giữ bảo hiểm LTC của tôi nếu tôi đủ điều kiện hưởng Medicaid?**

Đ: Không có gì bảo đảm là quý vị sẽ luôn hội đủ điều kiện hưởng Medicaid. Quý vị có thể có thêm các nguồn lợi tức hoặc của cải khác có thể làm cho việc được hưởng của quý vị bị chấm dứt hay lập pháp có thể giảm ngân khoản tài trợ của một số chương trình. Nếu quý vị bỏ bảo hiểm LTC của mình quý vị có thể sẽ không lấy lại được. Quyền lợi bảo hiểm LTC cũng sẽ giảm đi những ràng buộc trên tài sản của quý vị khi quý vị qua đời.

H: **Nếu tôi có các thắc mắc khác thì sao?**

Đ: Nếu quý vị có thắc mắc về bảo hiểm riêng của mình, hãy gọi trực tiếp đến chương trình bảo hiểm của quý vị. Để được giúp đỡ thêm trong việc sử dụng phiếu y tế cùng với bảo hiểm riêng của quý vị, hãy gọi cho chúng tôi ở số điện thoại dưới đây.

**SỐ MIỄN PHÍ 1-800-562-6136 Phối Hợp Quyền Lợi
Thứ Hai - Thứ Sáu 8:00 giờ sáng đến 4:30 giờ chiều**